

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200151328**

**Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 30/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CLEIBSON ANTONIO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200151328**      **Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR**  
**Data do Acidente: 30/07/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLEIBSON ANTONIO DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CLEIBSON ANTONIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001030**

Conta: **0000030076-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Glaibson Antônio dos Sines Junior 339.216.784-80

7 - Profissão:

vane

8 - Endereço:

Rua Calço-ne

9 - Número:

501

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Mor do mundo

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

52.071-151

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

Glaibson Antônio dos Sines

18 - CPF do Representante Legal:

032.756.424-35

19 - Profissão do Representante Legal:

vane

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1030

CONTA: 30076

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não teve filhos? teve irmãos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, Recife 28 de novembro 2018

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA -  
DP5ªCIRC DIM/5ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19 E0095005982**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019** às **16:04**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia **30/7/2019** às **22:06**

Fato ocorrido no endereço: **RUA FRANCISCO PASSOS, 81, ALTO DO CRUZEIRO/NOVA DESCOBERTA** - Bairro: **NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. AO SUPERMERCADO ESPERANÇA**  
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**LOMBADA/VIA PÚBLICA (AUTOR / AGENTE )**  
**SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO (NOTICIANTE )**  
**DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA (OUTRO )**  
**JOSE RONALDO DA SILVA (TESTEMUNHA )**  
**CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR (VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
**JOSE RONALDO DA SILVA**

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino** Mãe: **JANAINA GOMES DO NASCIMENTO** Pat: **CLEIBSON ANTONIO DA SILVA**  
Data de Nascimento: **2/1/2003** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10883553/SDS/PE (RG), 13421678486 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:  
- **51882828436**

Endereço Residencial: **RUA CALCOENE, 181, RUA CALCONE - CEP: 52071151 - Bairro: ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino** Mãe: **OLINETE OLGA DO NASCIMENTO** Pat: **SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **23/4/1963** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO**

## Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

**/ BRASIL** Documentos: 2198541/SDS/PE (RG), 29915723434 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)**  
 Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: **GARCOM** Telefones Celulares:  
 - 81988865888

Endereço Residencial: **RUA CALCOENE, 101 - CEP: 52071151 - Bairro: ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE RONALDO DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **RUA CALCOENE, 101 - CEP: 52071151 - Bairro: ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: . Pai: . Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **RUA CAROLINA, 307 - CEP: 55000-000 - Bairro: CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**LOMBADA/VIA PÚBLICA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: . Pai: . Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

#### Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE RONALDO DA SILVA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCA6417 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA VERMELHA PLACA PCA-6417**

#### Complemento / Observação

O NOTICIANTE, QUE É AVÔ DA VITIMA MENOR DE IDADE, COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA INFORMANDO QUE A VITIMA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PILOTADA POR JOSE RONALDO DA SILVA, E QUE EM DADO MOMENTO O PERDEU O CONTROLE DA MESMA NO MOMENTO EM QUE PASSAVA NUMA LOMBADA, E QUE NESSE DIA ESTAVA CHUVENDO, E QUE AMBOS CAÍRAM NO MEIO DA RUA, E QUE O PILOTO SOFREU PEQUENAS ESCORIAÇÕES E A VITIMA TEVE FRATURA EXPOSTA DA TÍbia DA Perna ESQUERDA, E QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA/SAMU/RECIFE/PE, EM 30/07/2019, POR VOLTA DAS 22:05 HORAS E ENCAMINHADA AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS/CORDEIRO/RECIFE/PE, CONFORME OCORRÊNCIA NÚMERO 5-669756, E DECLARAÇÃO DO REFERIDO ÓRGÃO DATADA DE 07/10/2019, ASSINADA PELO DR. SERGIO PARENTE COSTA/GERENTE DE INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO, E CONFORME RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, DATADO DE 24/10/2019, ONDE CONSTA A ENTRADA DO ACIDENTADO EM 31/07/2019 E A ALTA EM 24/10/2019.

#### Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR  
(VITIMA)**

**SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO  
(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **NELSON FRANCISCO DA SILVA - Matrícula: 3209625**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA -  
DP5ªCIRC DIM/5ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19 E0095005982**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2019 às 16:04

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 30/7/2019 às 22:06**

Fato ocorrido no endereço: **RUA FRANCISCO PASSOS, 81, ALTO DO CRUZEIRO/NOVA DESCOBERTA** - Bairro: **NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. AO SUPERMERCADO ESPERANÇA**  
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LOMBADA/VIA PÚBLICA (AUTOR / AGENTE )  
SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO (NOTICIANTE )  
DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA (OUTRO )  
JOSE RONALDO DA SILVA (TESTEMUNHA )  
CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE RONALDO DA SILVA

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR** (presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino Mãe: **JANAINA GOMES DO NASCIMENTO** Pat: **CLEIBSON ANTONIO DA SILVA**  
Data de Nascimento: **2/1/2003** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10883553/SDS/PE (RG), 13421678486 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:  
- **51882828436**

Endereço Residencial: **RUA CALCOENE, 181, RUA CALGONE - CEP: 52071151 - Bairro: ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO** (presente ao plantão) - Sexo:  
Masculino Mãe: **OLIETE OLGA DO NASCIMENTO** Pat: **SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **23/4/1963** Naturalidade: **NAO INFORMADO / PERNAMBUCO**

## Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

**/ BRASIL** Documentos: 2198541/SDS/PE (RG), 29915783434 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)**  
 Escolaridade: **2º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **GARCOM** Telefones Celulares:  
 - 81988865888

Endereço Residencial: **RUA CALCOENE, 191 - CEP: 52071151 - Bairro: ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE RONALDO DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **1/1/2000** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **RUA CALCOENE, 191 - CEP: 52071151 - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: . Pai: . Data de Nascimento: **1/1/2000** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **RUA CAROLINA, 387 - CEP: 55800-980 - Bairro: CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**LOMBADA/VIA PÚBLICA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: . Pai: . Data de Nascimento: **1/1/2000** Naturelidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

## Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DANIELA SUZELLI MACEDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE RONALDO DA SILVA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCA6417** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA VERMELHA PLACA PCA-6417**

## Complemento / Observação

O NOTICIANTE, QUE É AVÔ DA VITIMA MENOR DE IDADE, COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA INFORMANDO QUE A VITIMA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PILOTADA POR JOSE RONALDO DA SILVA, E QUE EM DADO MOMENTO O PERDEU O CONTROLE DA MESMA NO MOMENTO EM QUE PASSAVA NUMA LOMBADA, E QUE NESSE DIA ESTAVA CHUVENDO, E QUE AMBOS CAÍRAM NO MEIO DA RUA, E QUE O PILOTO SOFREU PEQUENAS ESCORIAÇÕES E A VITIMA TEVE FRATURA EXPOSTA DA TÍbia DA Perna ESQUERDA, E QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA/SAMU/RECIFE/PE, EM 30/07/2019, POR VOLTA DAS 22:05 HORAS E ENCAMINHADA AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS/CORDEIRO/RECIFE/PE, CONFORME OCORRÊNCIA NÚMERO S-669756, E DECLARAÇÃO DO REFERIDO ÓRGÃO DATADA DE 07/10/2019, ASSINADA PELO DR. SERGIO PARENTE COSTA/GERENTE DE INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO, E CONFORME RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, DATADO DE 24/10/2019, ONDE CONSTA A ENTRADA DO ACIDENTADO EM 31/07/2019 E A ALTA EM 24/10/2019.

## Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR  
(VITIMA)**

**SATURNINO ROCHA DO NASCIMENTO FILHO  
(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **NELSON FRANCISCO DA SILVA - Matrícula: 3209625**

*[Signature]*

ASL-0427133/19  
raianne.barbosa  
15/04/2020 14:13:40

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Glaibson Antônio dos Sines Junior 339.216.784-80

7 - Profissão:

vane

8 - Endereço:

Rua Calço-ne

9 - Número:

501

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Mor do mundo

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

52.071-151

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

Glaibson Antônio dos Sines

18 - CPF do Representante Legal:

032.756.424-35

19 - Profissão do Representante Legal:

vane

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1030

CONTA: 30076

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não teve filhos? teve irmãos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, Recife 28 de novembro 2018

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<input type="checkbox"/> Sou maior de idade	<input type="checkbox"/> Sou menor de idade	<input type="checkbox"/> Sou portador de deficiência permanente	<input type="checkbox"/> Sou morto
2 - CPF do segurado no FGTS	3 - CPF do cliente	4 - Prazo para devolução da prova	
5 - MINISTÉRIO DE INFORMAÇÕES CARACTERIAS E PRAZO DE VENCIMENTO DA PROVA DE IDENTIDADE (PROMOTORIA/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUDOP 14-04-2012)			
<b>Cleiton Antônio de Sálo Junior</b> 7 - Nome completo 7 - Profissão <b>Yesso</b> 7 - Endereço <b>Novo Colégio</b> 13 - Cidade <b>Alto do mandaú</b> 13 - Cidade <b>Recife</b> 13 - Cidade <b>PE</b> 13 - Cidade <b>CEP</b> <b>52071-151</b> <b>51-5456-0311</b>			
6 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PROMOTOR DE JUSTIÇA/REPRESENTANTE LEGAL/PROFESSOR DE DIREITO/INVESTIGADOR MÍDIA/ESTRANGEIRO/INCAPACITADO COM CURADOR)			
7 - Nome completo do Representante Legal <b>Cleiton Antônio de Sálo</b> 13 - CPF do Representante Legal <b>152.852-2444-35</b>			
8 - Profissão do Representante Legal			
Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ARRENDAMENTO CÓPIA).			
9 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA			
10 - RENDA INFORMADA <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> RENDA ATÉ R\$ 50.000,00 <input type="checkbox"/> RENDA DE R\$ 50.01 A R\$ 100.000,00 <input type="checkbox"/> RENDA ACIMA DE R\$ 100.000,00			
11 - PREVISÃO MENSAL DA INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/> CONTA POUPLANÇA (para o investimento da poupança, informar o valor da renda) <input type="checkbox"/> Poupança (25) <input type="checkbox"/> Sal (14) <input type="checkbox"/> Poupança (30) <input checked="" type="checkbox"/> Conta Poupança Fixada (30)			
12 - REPRESENTANTE LEGAL NO BEM VISTO DA INSCRIÇÃO (PROMOTOR, CURADOR, TUTORA) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (para o investimento) Nome do BANCO: _____ Agência: _____ CTA: _____ Informar o digito do nome      Informar o digito da conta			
13 - AGÊNCIA <b>1030</b> <input type="checkbox"/> CONTA: <b>30096</b> <input checked="" type="checkbox"/> Informar o digito do nome      Informar o digito da conta			
14 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LIGAÇÃO DO BAILOUZ - TRABALHAMENTO SOMENTE PARA CONSULTA DE INVALIDEZ PERMANENTE <p>Declaro, sob os termos da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Brasileiro de Seguro Social (IBSS) para os fins de requerimento da indemnização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.294/74), visto que sou:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ IBSS falecido, que atende a regras do sistema da invalidez permanente;</li> <li>■ O IBSS, que atende a regras do sistema da invalidez permanente não responde por laudos periciais para fins do Seguro DPVAT;</li> <li>■ O IBSS, que atende a regras do sistema da invalidez permanente realizando perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.</li> </ul> <p>Solicito o preenchimento das medidas de menor pedido da indenização do Seguro DPVAT, com irregular permanente, com base na documentação médica apresentada para a apresentação do laudo do IBSS, considerando, desde já, em seu submetter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas do Segurado. (Para parte verificação da existência e especificação das finais permanentes documentos de validade devidamente protocolados, conforme o disposto na Lei 8.294/74).</p> <p>Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou resolução ao direito de contestar a avaliação médica, caso descoberto de seu conteúdo.</p>			
15 - DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONSULTA DE MORTO			
16 - Estado Cidade de nascimento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      16 - Data de nascimento 17 - Situação Permanente como o cliente 18 - Vida sócio familiar completa 19 - Informações sobre o falecido      20 - Informações sobre o falecido      21 - Informações sobre o falecido      22 - Informações sobre o falecido      23 - Informações sobre o falecido			
24 - Informações sobre o falecido      25 - Informações sobre o falecido      26 - Informações sobre o falecido      27 - Se o cliente é falecido (informar o nome completo)			
28 - CPF legível da quem assinou o pedido (a) (não é necessário assinar se o cliente é falecido) 29 - CPF legível da quem assinou o pedido (a) (não é necessário assinar se o cliente é falecido)			
30 - Assinatura da quem assinou o pedido (a) (não é necessário assinar se o cliente é falecido) 31 - Assinatura da quem assinou o pedido (a) (não é necessário assinar se o cliente é falecido)			
32 - Assinatura do beneficiário (não é necessário assinar se o cliente é falecido) 33 - Assinatura do beneficiário (não é necessário assinar se o cliente é falecido)			
34 - Assinatura do beneficiário (não é necessário assinar se o cliente é falecido) 35 - Assinatura do beneficiário (não é necessário assinar se o cliente é falecido)			
36 - Assinatura do beneficiário (não é necessário assinar se o cliente é falecido) 37 - Assinatura do beneficiário (não é necessário assinar se o cliente é falecido)			
38 - Assinatura do beneficiário (não é necessário assinar se o cliente é falecido) 39 - Assinatura do beneficiário (não é necessário assinar se o cliente é falecido)			
40 - Assinatura do beneficiário (não é necessário assinar se o cliente é falecido) <b>Cleiton Antônio de Sálo Junior</b> 41 - Assinatura do Procurador (se houver)			

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190670011  
Nome do(a) Examinado(a): Cleibson Antonio da Silva Junior  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Calcoene, 101  
Alto do Mandu Recife PE CEP: 52071-151  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 10883553  
Data local do acidente: [ 30/07/2019 ]  
Data local do exame: [ 04/02/2020 ] RECIFE [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: HASTE INTRA MEDULAR, EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE, SENDO RETIRADO O MATERIAL CIRURGICO E COLOCADO FIXADOR EXTERNO**

**Complicações: EVOLUI COM PSEUDOARTROSE DE TIBIA.**

**Data da Alta: VITIMA EM TRATAMENTO**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**VITIMA EM USO DE FIXADOR EXTERNO, COM SAIDA DE SECRECÃO PURULENT, COM DEFICIT NA MOBILIDADE, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (++++), DEFICIT DE FORÇA GRAVE DÓ MEMBRO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**(X) Sim**      **( ) Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**( ) Sim**      **(X) Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

**(X) "Vítima em tratamento"**

*Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias*

**( ) "Sem sequela permanente"**

*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**( ) 50% médio** **( ) 75% intensa** **( ) 100% completo**

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**( ) 50% médio** **( ) 75% intensa** **( ) 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**( ) 50% médio** **( ) 75% intensa** **( ) 100% completo**

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**( ) 50% médio** **( ) 75% intensa** **( ) 100% completo**

- VIII.(\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves  
CPF - 045.955.274-03  
CRM/PE - 17742



### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	010.11.2019
DATA	07.11.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **JANAINA GOMES DO NASCIMENTO**, portadora do Documento de Identidade nº **5898445** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **048.317.884-57**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-660756**, que no dia 30 de julho de 2019, o paciente Menor **CLEIBSON ANTÔNIO DA SILVA JÚNIOR**, portador do Documento de Identidade nº **10883553** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **134.216.784-80**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 22h05, na Rua Francisco Passos, no Alto do Cruzeiro, imediações ao Mercadinho Esperança, no bairro Nova Descoberta, Recife/PE, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas.  
Recife, 07 de outubro de 2019.

*Dr. Sérgio Parente Costa*  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife  
*Sérgio Parente Costa*

Dr. Sergio Parente Costa  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Nº DA	010.11.2019
DATA	07.11.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **JANAINA GOMES DO NASCIMENTO**, portadora do Documento de Identidade nº **5898445** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **048.317.884-57**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-660756**, que no dia 30 de julho de 2019, o paciente Menor **CLEIBSON ANTÔNIO DA SILVA JÚNIOR**, portador do Documento de Identidade nº **10883553** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **134.216.784-80**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 22h05, na Rua Francisco Passos, no Alto do Cruzeiro, imediações ao Mercadinho Esperança, no bairro Nova Descoberta, Recife/PE, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas.  
Recife, 07 de outubro de 2019.

*Dr. Sérgio Parente Costa*  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

*Sergio Parente Costa*

**Dr. Sergio Parente Costa**  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01030

CONTA: 00000030076-2

---

Nr. da Autenticação DC7915239270D257

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1410698542

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
 AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA.  
 RECIFE, PERNAMBUCO  
 CEP 50050-902  
 CNPJ 10.835.932/0001-08  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.436, de 26/04/02  
 COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
 Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
 do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 727 0167-

Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada  
 na origem para telefones celulares

## DADOS DO CLIENTE!

JANAINA GOMES DO NASCIMENTO

## DATA DE VENCIMENTO

10/12/2019

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/11/2019

## CONTA CONTRATO

4007514625

## CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL  
 Monofásico  
 B1

## ENDERECO

RUA CALCOENE 101 -ALTO DO MANDU/RECIFE -52071-151 RECIFE PE

## TOTAL A PAGAR

R\$ 115,45

## DATA DA APRESENTAÇÃO

14/11/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

084769505

## PERÍODO CONSUMO

15/10/2019 a 14/11/2019

## CONSUMO

68

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 22,41

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

## CONTA CONTRATO

4007514625

## MÊS/ANO

11/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 115,45

## VENCIMENTO

10/12/2019

## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou rasurar.  
 Este canhoto será usado em leitora ótica.

838100000019 154500110048 007514625101 203023825836



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1419130142

**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
 AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
 RECIFE - PERNAMBUCO  
 CEP: 50050-902  
 CNPJ: 10.835.932/0001-08  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.433, de 26/04/02

COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 115

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria: 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-

Ligação Grátis da Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157-

Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

**DADOS DO CLIENTE!**  
**JANAINA GOMES DO NASCIMENTO**

**DATA DE VENCIMENTO****10/02/2020****DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**

14/01/2020

**CONTA CONTRATO****4007514625**

**ENDEREÇO**  
 RUA CALCOENE 101 - ALTO DO  
 MANDU/RECIFE - 52071-151 RECIFE PE  
 -

**TOTAL A PAGAR****R\$ 120,79****DATA DA APRESENTAÇÃO**

14/01/2020

**NÚMERO DA NOTA FISCAL**

092571600

**CLASSIFICAÇÃO**RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1**PERÍODO CONSUMO**

17/12/2019 a 14/01/2020

**CONSUMO**

0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 23,19

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA****VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

<b>CONTA CONTRATO</b>	<b>MÊS/ANO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b>
4007514625	01/2020	R\$ 120,79	10/02/2020	<p><b>Evite dobrar e perfurar ou rasurar.</b>  <b>Este canhoto será usado em leitora ótica.</b></p>

838700000010 207900110040 007514625101 145168635930

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

telefones (81) 9.9714-0111

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1419130142

**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
 AV. JOSÉ DE BARROS, 111 BOA VISTA.  
 RECIFE PERNAMBUCO  
 CEP 50050-902  
 CNPJ 10.835.932/0001-08  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.433, de 26/04/02  
 COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 115  
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
 Ouvidoria 0800 282 5599  
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
 Ligação Grátis da Telefonia Fixa  
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157-  
 Ligação Grátis da telefonia fixa e tarifada na origem para telefones celulares

<b>DADOS DO CLIENTE!</b> <b>JANAINA GOMES DO NASCIMENTO</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>10/02/2020</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 14/01/2020	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>4007514625</b>
<b>ENDEREÇO</b> RUA CALCOENE 101 -ALTO DO MANDU/RECIFE -52071-151 RECIFE PE	<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 120,79</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 14/01/2020	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Monofásico B1

<b>PERÍODO CONSUMO</b> 17/12/2019 a 14/01/2020	<b>CONSUMO</b> 0
---	---------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 25,00 valor do imposto R\$ 23,19

<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>	<b>VIA PARA PAGAMENTO</b>
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

<b>CONTA CONTRATO</b> 4007514625	<b>MÊS/ANO</b> 01/2020	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 120,79	<b>VENCIMENTO</b> 10/02/2020	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

838700000010 207900110040 007514625101 145168635930



tel fones (81) 9.9719-0111

ASL-0427133/19  
 raianne.barbosa  
 15/04/2020 14:16:30

ASL-0427133/19  
 raianne.barbosa  
 15/04/2020 14:16:30



CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR			01126639	709201243515
751834	MASCULINO	16a 9m 21d		CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



## Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

### Diagnóstico:

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA  
INFECÇÃO DE FO

### Tratamento:

31/7/19: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO LINEAR.  
19/08/19: TRATAMENTO CIRURGICO COM HASTE BLOQUEADA (DR ALEXANDRE)  
03/10/19: RETIRADA DE HASTE IM E APOSIÇÃO DE PRESTON

### OBS:

RETORNO COM 15 DIAS PARA AMBULATORIO DE DR LUIZ MORAES

### Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
31/07/2019	24/10/2019

Recife, 24 DE OUTUBRO DE 2019

JULIANA PIVANTI - CRM: N°.27900

Jr. Juliana Pivanti  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PF-27.900

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
H O S P I T A L



## Getúlio Vargas



Paciente: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Prontuário: 01126639

Data de Nascimento: 02/01/2003

Idade: 17a 0m 8d

Sexo: MASCULINO

## RECETUÁRIO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM JULHO DE 2019 COM FRACTURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA SUBMETIDO A SÍNTESE COM HASTE INTRA MEDULAR, EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE + PSEUDARTROSE RETIRADO MATERIAL DE SÍNTESE HA 40 DIAS E REALIZADO TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO PRESTON, PACIENTE EVOLUINDO COM MELHORIA DE SECREÇÃO, NO MOMENTO SEM FISTULA ATIVA,

D. Luiz Moraes  
D. Luiz Moraes  
Ortopediatraumatologista  
CRM 18773



CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR	01826639
830365	20920124351
MASCULINO	17a 2m 18d
CLÍNICA ORTOPEDIA, CLORT 103-0	

### Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

— Diagnóstico:

PACIENTE EM USO DE FIXADOR DE PRESTON INFECTADO APRESENTA

— Tratamento:

31/7/19: URG + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO LINEAR  
18/08/19: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM HASTE BLOQUEADA (DR ALEXANDRE)  
09/10/19: RETIRADA DE HASTE IM E APOSTICAO DE PRÉSTON  
21/03 RETIRADA DE PRÉSTON (ORIENTADO POR DR. ALEXANDRE)

— OBS:

RETORNAR COM 25 DIAS PARA AMBULATORIO DE DR LUIZ MORAES  
*Captação e Alívio*

— Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO, Em bom Pto, sem gosto ou dor.

DATA DA INTERNAÇÃO

17/02/20

DATA DA ALTA

21/03/2020

Recife, 21/03/20

Vinícius Gueiros  
CRM-PE 28222

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av Getúlio Vargas, 570 - Candeias - Recife - PE - 50630-000  
CNPJ - 20.572.748/0001-00

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

H O S P I T A L



## Getúlio Vargas

Paciente: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Prontuário: 01126639

Data de Nascimento: 02/01/2003

Idade: 17a 0m 8d

Sexo: MASCULINO

## RECEITUÁRIO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM JULHO DE 2019 COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA SUBMETIDO A SÍNTESE COM HASTE INTRA MEDULAR, EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE + PSEUDOARTROSE. RETIRADO MATERIAL DE SÍNTESE HA 40 DIAS E REALIZADO TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO PRESTON. PACIENTE EVOLUINDO COM MELHORIA DE SECREÇÃO, NO MOMENTO SEM FISTULA ATIVA.

D. Luiz Moraes  
Ortoped Traumatolog  
CRM 15773



CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR		01126639	709201243515
751834	MASCULINO	16a 9m 21d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



### Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

#### Diagnóstico:

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA  
INFECÇÃO DE FO

#### Tratamento:

31/7/19: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO LINEAR  
19/08/19: TRATAMENTO CIRURGICO COM HASTE BLOQUEADA (DR. ALEXANDRE)  
03/10/19: RETIRADA DE HASTE IM E APOSIÇÃO DE PRESTON

#### OBS:

RETORNO COM 15 DIAS PARA AMBULATORIO DE DR LUIZ MORAES

#### Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
31/07/2019	24/10/2019

Recife, 24 DE OUTUBRO DE 2019

JULIANA PIVANTI - CRM: Nº.27900

Jr. Juliana Pivanti  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB-27.900

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NASCIMENTO

10.883.553

DATA DE EXPEDIÇÃO

10/08/2018

<< CLEIBSON ANTÔNIO DA SILVA JUNIOR >>  
FILIAÇÃO

NATURALIDADE

<< CLEIBSON ANTONIO DA SILVA >>  
<< JANAINA GOMES DO NASCIMENTO >>

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

02/01/2003

DOC ORIGEM

<< CN 49443 L 42 S 88 CART 120DIST

RECIFE PE 10.01.2003  
CPF

134.216.784-80

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

2122169151504 974-7664

REPUbLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SERVIÇO DE DIREÇÃO SOCIAL

TRIBUTO E IDENTIFICAÇÃO TAVARES WILSON

E.C.

ASSINATURA DO TITULAR

Neilton Antônio da Silva Júnior

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Included  
Incluido

POLESTAR ONE TO

Clássico antônio da Silva

EDSON GOMES DA SILVA >>  
MARIA HEIDE DA SILVA >>

DATA DE NASCIMENTO  
**13/09/1977**

RECIFE - PE

<< CN.21815 L.A19 F.168VS CART.  
DONA RECIFE-PE 30.03.1978 >>

056.444-35

ASSINATURA DO DIRETOR

LEIA PELA DATA DE 01/08/83

F-32 14541



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **032.856.444-35**

Nome: **CLEIBSON ANTONIO DA SILVA**

Data de Nascimento: **13/09/1977**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **06/10/1997**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:48:32** do dia **05/12/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **5824.1FAB.9E03.5D64**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REGISTRO  
GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME

10.883.553

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

10/08/2018

<< CLEIBSON ANTÔNIO DA SILVA JUNIOR >>

FILIAÇÃO

<< CLEIBSON ANTONIO DA SILVA >>

<< JANAINA GOMES DO NASCIMENTO >>

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

RECIFE - PE

02/01/2003

DOC ORIGEM

<< CN 49443 L A42 F 88 CART 12ºDIST

RECIFE PE 10.01.2003 >

CPF

134.216.784-80

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

2102236R140R1515/14 924 7224

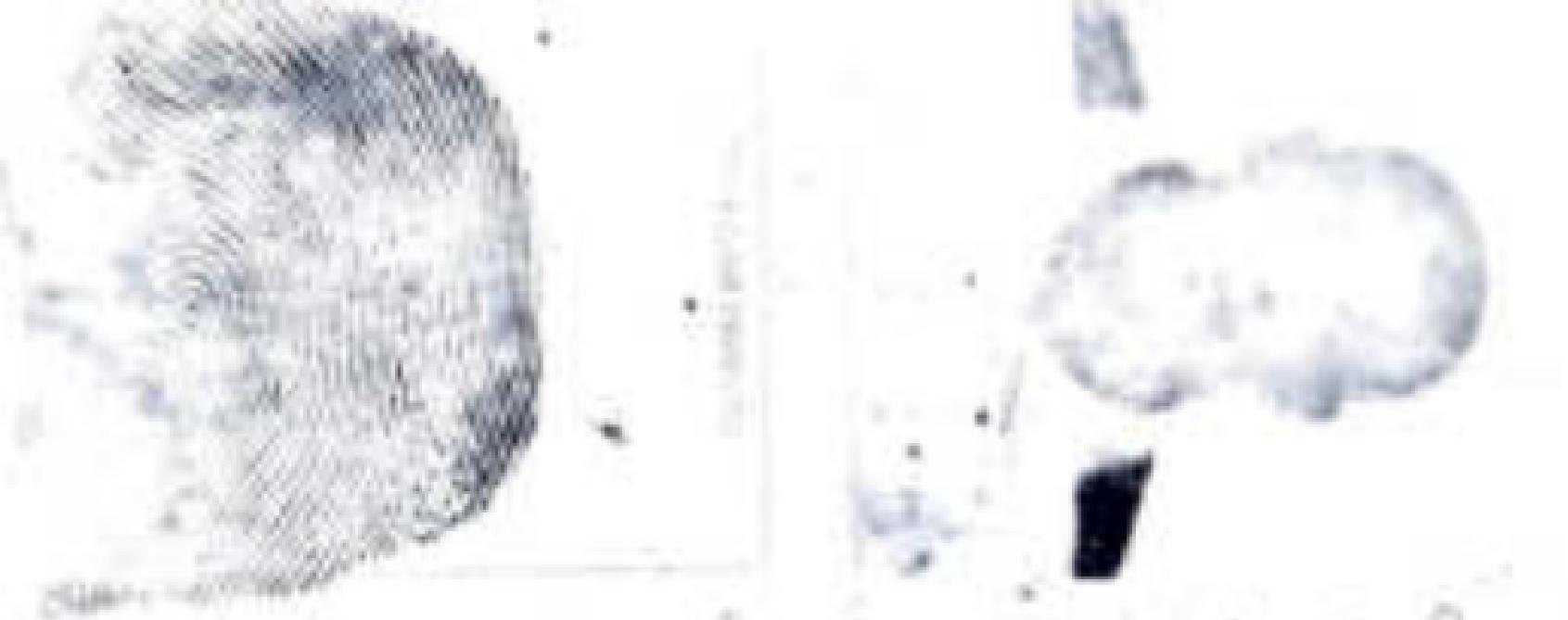
F-R1 R7.652 - 311



ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BORGES



Cleibson Antônio da Silva Júnior  
Assinatura do Titular



\* Chilson antarcticus

2.5% 425

24/10/2008

JOSÉ ANTONIO DA SILVA >>

JOSÉ ANTONIO DA SILVA >>

MARIA NEIDE DA SILVA >>

RECIFE - PE

13/09/1977

<< CN.21815 LA19 F.168VS CART.  
13<sup>o</sup>ZONA RECIFE-PE 30.03.1978 >>

32 856.444-35

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	<i>Cláudia Antônio da Silva</i>		
Data do Acidente:	30/02/19		
CPF da vítima:	<i>01234567890</i>		
Portador da documentação:	<input type="checkbox"/>		
Qualificação do Portador:	<input type="checkbox"/> Vítima	<input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:	
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone:( )
E-mail:			

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT  
 Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)  
 Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)  
 CPF da vítima (cópia simples e legível)  
 Laudo do IML (cópia simples e legível)  
 Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT  
 Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)  
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)  
 CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)  
 Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)  
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

#### VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitalas e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

#### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### POR TADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:

*28/11/19*

Identidade:

*RG*

Assinatura:

*Cláudia Antônio da Silva*

#### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:

*28/11/19*

Nome:

*Renan*

Assinatura:

*Renan*



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3390/670011

Data da solicitação: 13/04/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Gleibson Antonio da silva CPF do beneficiário: 134.216.784-80

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 997540111

Tel. Comercial: ( )  
DDD

Tel. Residencial: ( )  
DDD

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Estou encaminhando novos documentos médicos para nova avaliação.

Recife, 13 de abril de 2020.  
Local e Data

Gleibson Antônio da Silva Júnior  
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Lei bron Antonio da Silva CPF da vítima: Yunis  
 Data do Acidente: 30/02/19

Portador da documentação:  Vítima  Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:

Endereço do portador:

Número: Complemento: Bairro:  
 Cidade: UF: CEP: Telefone:( )  
 E-mail: \_\_\_\_\_

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- CPF da vítima (cópia simples e legível)
- Laudo do IML (cópia simples e legível)
- Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)  
obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (paia ou tutor)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

#### VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Indevidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da Indevidez é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)  
obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (paia ou tutor)
- Para acompanhar o pedido de Indevidez, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre Indevidezes e preços):  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### PORTEADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: 28/11/19

Identidade:

Assinatura: Edison Júlio de Almeida

#### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 28/11/19

Nome: Jai

Assinatura: Ronic

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200151328      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR      **Data do acidente:** 30/07/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/04/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM HASTE INTRA MEDULAR, EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE, SENDO RETIRADO O MATERIAL CIRÚRGICO E COLOCADO FIXADOR EXTERNO. EVOLUI COM PSEUDOARTROSE DE TIBIA. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427133/19

Número do Sinistro: 3190670011

Vítima: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF: 134.216.784-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/07/2019

Titular do CPF: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR : 134.216.784-80**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/01/2020  
Nome: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA  
CPF: 032.856.444-35

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

---

CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

---

RAIANNE SILVA BARBOSA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427133/19

**Vítima:** CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

**CPF:** 134.216.784-80

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/07/2019

**Titular do CPF:** CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**CLEIBSON ANTONIO DA SILVA : 032.856.444-35**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019  
Nome: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA  
CPF: 032.856.444-35

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

\_\_\_\_\_  
CLEIBSON ANTONIO DA SILVA

\_\_\_\_\_  
RAIANNE SILVA BARBOSA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117800/20

**Vítima:** CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

**CPF:** 134.216.784-80

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/07/2019

**Titular do CPF:** CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**CLEIBSON ANTONIO DA SILVA : 032.856.444-35**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/04/2020  
Nome: CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR  
CPF: 134.216.784-80

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

\_\_\_\_\_  
CLEIBSON ANTONIO DA SILVA JUNIOR

\_\_\_\_\_  
RAIANNE SILVA BARBOSA